Munich
Lane Medical Library

Verlauf und Prognose des nicht alkoholbedingten Korsakow – Syndroms

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

für die gesamte Medizin

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

HEINRICH DONAUER

Med. Prakt. an der Heil- u. Pflegeanstalt Kaufbeuren

Referent: Professor Dr. Bostroem

München 1926

Verlauf und Prognose des nicht alkoholbedingten Korsakow – Syndroms

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

für die gesamte Medizin

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

HEINRICH DONAUER

Med. Prakt. an der Heil- u. Pflegeanstalt Kaufbeuren

Referent: Professor Dr. Bostroem

München 1926

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0014

Ziel der Arbeit.

Zweck und Ziel vorliegender Arbeit ist in erster Linie eine Untersuchung über die Prognose der nicht alkoholischen Korsakow-Syndrome. Gleichzeitig sollen die Besonderheiten von 9 meistenteils unveröffentlichten, nicht alkoholischen Korsakowfällen dargestellt und mit den bisher in der Literatur veröffentlichten nicht alkoholischen Korsakowfällen verglichen werden.

Daraus ergibt sich die von mir für die Arbeit gewählte Disposition.

Disposition.

I. 9 Fälle von nicht alkoholischem Korsakow aus der Münchner Psychiatrischen Klinik von 1912—1923.

II. 33 Fälle von nicht alkoholischem Korsakow aus der Literatur.

III. Prognostische Ergebnisse.

I. 9 Fälle von nicht alkoholischem Korsakow aus der Münchner Psychiatrischen Klinik von 1912—1923.

Ich habe diese 9 Fälle in 3 Gruppen eingeteilt und dabei das prognostische Prinzip zugrunde gelegt, weil die Beurteilung der Prognose des nicht alkoholischen Korsakow ein Hauptziel dieser Arbeit sein soll. In den beiden ersten Gruppen habe ich diejenigen Fälle untergebracht, bei denen die Möglichkeit einer Heilung gegeben ist, weil weder ein interkurrentes Leiden, noch die Grundkrankheit durch frühzeitigen Tod diese Möglichkeit ausschaltet. Die dritte Gruppe umfaßt im Gegensatz dazu diejenigen Fälle, bei denen der durch die körperliche Erkrankung verursachte Exitus auch einer eventuell möglichen Heilung oder Besserung des psychischen Bildes zuvorkommt. In die erste Gruppe wiederum habe ich diejenigen Fälle eingeordnet, bei denen die den Korsakow verursachende Grundkrankheit keine weiter wirkende schädigende Ursache darstellt, der zweiten Gruppe dagegen einen Fall, bei dem die Grundkrankheit eine chronische ist, also einen weiterwirkenden Faktor bedeutet.

Bei der Auswahl dessen, was ich aus den Krankengeschichten dieser 9 Fälle auf den kommenden Seiten bringen werde, bin ich von folgenden Gesichtspunkten ausgegangen: Von vornherein mußte jedes bei einem Kranken nachweisbare Symptom der Korsakow'schen Psychose, wenigstens einmal, angeführt werden. Weiterhin habe ich immer das gebracht, was die Rückbildung der einzelnen Symptome erkennen läßt, also Besserungen, Heilungen und Remissionen, schließlich Defekte und Endzustände, also alles, was für die Prognose des einzelnen Falles wichtig ist. Von körperlichen Befunden ist immer wenigstens das angeführt, was die Diagnose der angenommenen Grundkrankheit erhärtet, ebenso aus dem Sektionsbericht. Zwecks Analyse einzelner Symptome habe ich diese dort, wo ich sie für diesen Zweck am geeignetsten und ty-

pischsten fand, schon in der Krankengeschichte ausführlicher behandelt. Viele Stellen jedoch sind, auch ohne daß einer der eben angeführten Gründe maßgebend gewesen wäre, wörtlich der Krankengeschichte entnommen, weil, wenn die Fälle doch einmal veröffentlicht werden, die besten Stellen der Krankengeschichte womöglich wörtlich gebracht werden sollen. Ein Fall (Fall 2 der Gruppe I), dessen wörtliche Wiedergabe besonders reizvoll wäre, mußte deshalb etwas kürzer gebracht werden, weil er bereits von Grünthal (Lit. Nr. 6) wörtlich veröffentlicht ist. Weitere zwei Fälle sind zwar in einer anderen Arbeit desselben Verfassers (Lit. Nr. 7) verwendet, jedoch nur ausgewählte Stellen, die das Symptom der Einstellungsstörungen beleuchten. Es sind dies Fall 3 der Gruppe I sowie Fall 3 der Gruppe III.

Auf jede Krankengeschichte lasse ich eine Zusammenfassung des gesamten Befundes und Verlaufes folgen, die ich, um zu viele Wiederholungen zu vermeiden, möglichst knapp gehalten habe. Nach der Zusammenfassung folgt außerdem jedem Falle noch eine Epikrise, in der ich zur Diagnose, zum Verlauf und zur Prognose des einzelnen Falles Stellung nehme und Besonderheiten des jeweiligen Falles eingehender würdige. Nur die zwei letzten Fälle der dritten Gruppe habe ich in der Epikrise aus dort näher erörterten Gründen zusammengenommen.

Gruppe I.

Fall 1.

27 Jahre alter Monteur. Trank täglich ca. 1 Maß Bier. Erkrankte mit Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen, Anfällen. Wurde am

26. 1. 23. in bewußtlosem Zustand in die med. Klinik gebracht. Puls voll und kräftig. Nach ca. 15 Minuten begannen tonisch-klonische Zuckungen der Extremitäten, heftige Kaumuskelkrämpfe. Pupillen maximal eng und reaktionslos. Sämtliche Reflexe lebhaft, Babinski +; Kernig +.

28. 1. 23. Patient meist zeitlich und örtlich desorientiert. Babinski ∅. Pupillen-Reflexe vollständig aufgehoben. Kernig +. Schläft fast immer. Ueber sein Alter und das seines Kindes macht er vollkommen falsche Angaben. Oertl. desorientiert.

30. 1. 23. Leichte Akkomodationsstörung.

2. 2. 23. Lumbal Punktion: Druck 320. Oertl. desorientiert. Geburtstag wird richtig angegeben.

8. 2. 23. Sensorium jetzt länger frei, aber zeitl. und örtl. immer noch desorientiert.

13. 2. 23. In die Psychiatrische Klinik verlegt.

Körperlicher Befund:

Patient in mittlerem Ernährungszustand, Muskulatur mittelmäßig entwickelt, Haut blaß. Klopfempfindlichkeit über Stirn- und lk. Schläfenbein. Druckempfindlichkeit der Nervenaustrittsstellen. Rechte Pupille etwas größer als linke. Licht- und Convergrenzreaktion erhalten. Cornealreflex ++. Würgreflex ++. Bauchdeckenreflex auslösbar. Cremasterreflex +. P.S.R. r. = l. +.

A.S.R. r. = l. +.

Bab. ∅. Oppenheim ∅. Keine Kloni, kein Romberg. Sensibilität o. B. Motilität: Starrer Gesichtsausdruck, weite Lidspalten, seltener Lidschlag, Runzeln der Stirn gelingt nur sehr unvollkommen. Keine Rigidität der Extremitäten. Sprache o. B. Keine Nackensteifigkeit. Wa. R. in Blut und Liquor negativ. 253/3 Zellen im Liquor (fast ausschließlich Lymph.) Nonne: schwache Opalescens.

Psychischer Befund:

14. 2. 23. Der Patient ist örtlich desorientiert, zeitlich nicht ganz sicher.

(Wo hier?) „Lazarett, Reservelazarett."

(Warum?) „Weiß ich selber nicht."

(Weshalb?) „Kann ich mir nicht denken; kann mir nur denken, was Herr Doktor eben sagte, (stimmt nicht) daß ich mit den Schülern nicht anständig gewesen bin."

(Was haben Sie getan?) „Nichts."

(Weshalb hier?) „Um etwas zu lernen wahrscheinlich."

(Was lernen Sie?) „Spenglerei und Installation."

(Alter?) „18 Jahre; heuer ist das letzte Schuljahr."

(Was wollen Sie dann tun?) „Mich selbständig machen."
(Jahr?) „1909 . . . 1920 . . . 1921."
(Monat?) „Januar."
(Alter?) „24—25 Jahre alt."
(18?) „Nein, nein."
(Das haben Sie eben gesagt!) „Nein, 25 Jahre."
(Welches Jahr jetzt?) „1920 . . . 1923 . . . 1924."
(Wo haben Sie zuletzt gearbeitet?) „In Baden-Baden."
(Ist hier Baden-Baden?) „Ja."
Patient erkennt die ihn besuchende Frau. Stimmung im ganzen unauffällig, nicht labil.

16. 2. 12. Patient gibt an, 2 Jahre hier zu sein, in die Schule zu gehen, er lerne dort allerhand.
(Wie alt?) „26 Jahre."
(Da gehen Sie noch in die Schule?) „Ja."
(Warum?) „Ich muß in Oesterreich noch weiter gehen, bin in Oesterreich, gehöre nach Oesterreich."
(Wieviel Schüler in der Klasse?) „Vielleicht dürfte dieser Raum voll sein."
(Jetzt?) „Bin bloß ich da."
(Wie alt?) „19 Jahre."
(Wie alt sind Ihre Kinder?) „ 6Jahre."
(Also mit 13 Jahren haben Sie schon Kinder gehabt?) „Ja."
(Wie alt sind Sie?) „26 Jahre."
(Da gehen Sie noch zur Schule?) „Ja, ich bin erst 25, gehe erst ins 26. Jahr. Ich komme heuer schon aus der Schule."
Patient widerspricht sich, ohne etwas zu merken; verwirrt; spricht nicht spontan, antwortet nur auf Befragen.
(Kennen Sie mich lange?) „Ja, seit 4 Monaten."
(Mein Name?) „Weiß ich nicht."
(Was ich?) „Arzt, das sieht man."
(Woran?) „Kleidung und Auftreten."
Von 3 siebenstelligen Zahlen werden 2 richtig nachgesprochen. Pat. macht im ganzen einen sehr passiven, schlaffen Eindruck, gibt an, müde zu sein. Wenn man

ihm in Ruhe läßt, sitzt er mit stierem Blick vor sich hinstarrend da. Ist auf der Station ruhig, nicht orientiert, unbehilflich. Kann Ref. nicht zu seinem Bett führen.

18. 2. 23. Kommt ins Untersuchungszimmer, schaut sich um, kennt das Zimmer nicht. Pat. kann mit Hilfe seines Geburtsdatums und des gegenwärtigen Jahres unmöglich sein Alter berechnen. Glaubt abwechselnd in einem Reservelazarett, dann in einer Schule zu sein. Hält Ref. für den Lehrer.

(Bin ich nicht Doktor?) „Nein, es kann möglich sein, ich weiß nicht."

(Hier Psychiatrische Klinik und ich Doktor!) Erstaunt: „Ja, das weiß ich nicht."

Pat. widerspricht sich dauernd, ist örtl. und zeitl. vollständig desorientiert.

19. 2. 23. Pat. glaubt wieder in einer Schule zu sein. Er soll sich die Zahl 487 und das Wort Aktiengesellschaft merken. Kurze Zeit darauf stellt er in Abrede, daß ihm eine Zahl zu merken aufgegeben worden sei.

20. 2. 23. Pat. gibt an, soviel Fieber zu haben. (Stimmt nicht.) Weiß trotz Gegensuggestion, daß er Ref. kennt. Sei hier im Krankenhaus schon seit 4 Monaten. Sitzt, in Ruhe gelassen, ganz passiv vor sich hinstarrend da. Es sei ihm nicht gut; geht torkelnd.

1. 3. 23. Erklärt auf Frage, er sei vom Ref. schon oft nach Alter und Jahr gefragt worden, habe es nicht gewußt. Jetzt habe er sich erkundigt, es sei 1923. Er sei zwei Monate hier, komme aus der Arbeit von Roman-Mayr, dort sei ihm bei der Hitze schlecht geworden. Er glaubt bei Roman-Mayr zu sein.

5. 3. 23. Patient wird ganz unverändert seiner uneinsichtigen Frau nachhause mitgegeben.

4. 7. 25. Bei einem Besuch gibt der Pat. folgendes an: Seine erste Erinnerung beginnt einige Wochen nach dem Verlassen der Klinik. Er kann sich an einen Streit mit seiner Mutter um diese Zeit erinnern, bei dem seine

Mutter behauptete, er sei in der Psychiatrischen Klinik gewesen, während er glaubte, im Militärlazarett gewesen zu sein. Vor Ostern lief er noch statt nachhause zu seiner Mutter zum Essen, wo er vor seiner Verheiratung gegessen hatte. Die erste vollständige Erinnerung hat er an die Osterferientage. Seit 2. Juni 1923 arbeitet er wieder. Sein Gedächtnis war während der ersten Zeit der Arbeit noch schlecht, er mußte sich alle Aufträge aufschreiben, die er am nächsten Tag noch wissen sollte. Gegenwärtig ist der Pat. vollständig geordnet, örtlich und zeitlich orientiert. Die Merkfähigkeit ist gut, ebenso Auffassung und Urteil. Weiß z. B. heute noch alle Einzelheiten von Fußballspielen, die er vor einem halben Jahr sah. Seine Erinnerung ist lückenlos bis ungefähr Ostern 1923. Vom Mittag des Einlieferungstages in die Klinik bis zu dem oben geschilderten Streit weiß er nichts mehr. Von dort bis Oktober wird seine Erinnerung immer besser. Er trinkt täglich ca. 1 Liter Bier. In seiner Stellung hat er sich verbessert. Hält sich heute wieder für geistig normal und leistungsfähig wie vor seiner Erkrankung. Diese subjektive Ansicht des Pat. scheint begründet, da objektiv auch bei genauer Untersuchung kein einziges krankhaftes Symptom mehr festzustellen ist.

Zusammenfassung.

Ein 27 Jahre alter Monteur, bei dem kein Alkoholmißbrauch vorliegt, erkrankt mit den Symptomen einer akuten Infektionskrankheit. Weiterer Verlauf der Erkrankung und Lumbalpunktion zeigen, daß es sich um eine Meningitis handelt. Am 18. Krankheitstage wird der Patient von der Med. in die Psych. Klinik verlegt. Auch hier bestätigen der Liquorbefund und die körperlichen Symptome die Diagnose Meningitis. Psychisch ist der Patient örtlich vollständig desorientiert, zeitlich sehr unsicher. Auch sein Alter kann er nicht angeben und nicht ausrechnen. Die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt, er konfabuliert und zwar sind es hauptsächlich Verlegenheitskonfabulationen, mit denen er seine falschen Angaben über Ort und Zeit weiter ausbaut. Nach 3 Wochen Klinik-Aufent-

halt wird der Patient psychisch ganz unverändert seiner Frau nachhause mitgegeben. Bei einem Besuch nach fast 2½ Jahren sind bei dem Patienten keine Symptome der früheren Erkrankung festzustellen. Nach seiner Angabe vollzog sich der Rückgang der krankhaften Symptome ungefähr im Laufe des ersten halben Jahres nach dem Verlassen der Klinik.

Epikrise.

An der Diagnose Korsakow kann bei der Ausgeprägtheit der klassischen Symptome dieses Krankheitsbildes kein Zweifel entstehen. Zunächst ist es die Desorientiertheit, die hier in der so charakteristischen Form einer wahnhaften Umdeutung der gegenwärtigen Situation im Sinne einer früheren auftritt; dann die tiefgreifende Merkfähigkeitsstörung, die so stark ist, daß der Patient nicht nur mehrmals auf kurz hintereinander gestellte Fragen völlig sich widersprechende Antworten gibt, sondern auch noch diese Tatsache mit Nachdruck zurückweist, wenn man sie ihm vorhält; dann die Verlegenheitskonfabulationen, die gerade in diesem Falle durch geschickte Fragestellung besonders schön und zahlreich provoziert sind, und schließlich die Amnesie, die noch nach 2½ Jahren unverändert weiterbestand. Bemerkenswert ist, daß die einzige Erinnerungsinsel, die der Patient aus der sonst aus seiner Erinnerung völlig ausgetilgten Zeit hat, ein Streit, also ein stark affektbetontes Erlebnis darstellt und daß die Amnesie nicht plötzlich, sondern allmählich, parallel der sich bessernden Merkfähigkeit verschwindet. Der Zustand hat sich entwickelt aus einer symptomatischen Psychose einhergehend mit vollständiger Bewußtlosigkeit und Schlafsucht, sowie einer Apathie, die der Kranke während seines Aufenthaltes in der Klinik fast dauernd zeigte. Im Verlaufe der Erkrankung ist der Streit bemerkenswert, von dem der Patient bei dem Besuch am 4. 7. 25 erzählt. Er zeigt, wie stark die Desorientiertheit im Sinne einer früheren Situation wurzelt, eine Tatsache, die auch durch die kurz darauf folgende Erzählung des Patienten beleuchtet wird, daß er statt nachhause noch ziemlich lange Zeit zu seiner Mutter zum Essen lief. Die Reihenfolge, in der in unserem Falle die einzelnen Krankheitssymptome verschwanden, war die, daß zuerst die Konfabulationen aufhörten, daß dann die Desorientiertheit verschwand, daß erst zuletzt Merkfähigkeit und

Gedächtnis intakt wurden und daß für dauernd nur eine Amnesie blieb, die vom Beginn der Erkrankung bis zu der Zeit reicht, wo die Merkfähigkeit sich zu bessern beginnt.

*

Fall 2.

21 Jahre alter cand. med. Trank ziemlich viel Alkohol. Patient wird in benommenem Zustand am

16. 7. 22. im Krankenhaus München l. d. I. aufgenommen. Ging am Abend zuvor mit einem starken Rausch zu Bett und wurde heute früh vor seinem Fenster im Hofe bewußtlos aufgefunden. Er muß aus dem Fenster gestürzt sein (5 m Sturzhöhe) und 3—4 Stunden im Regen gelegen haben. Diagnose: Commotio cerebri. Patient nach den Vorgängen der letzten Nacht befragt, kann sich an nichts erinnern.

19. 7. 22. Immer noch desorientiert. Stärkster Merkfähigkeitsdefekt.

24. 7. 22. Eine Konsultation mit den Psychiatern stellt die Diagnose auf Konsakow'sche Psychose.

25. 7. 22. In die Psych. Klinik verlegt.
(Datum?) „15. Juli 1922."
Glaubt in Ravenna zu sein. Läßt sich suggerieren, Ref. vom Platzl her zu kennen. Rechnet auch schwierigere Aufgaben gut und schnell. Merkfähigkeit etwas herabgesetzt.

26. 7. 22. (Seit wann hier?) „Seit heute vormittag." Datum wird richtig angegeben.

29. 7. 22. (Datum?) „31. 7. 22."
(Was gab es zu mittag?) „Das weiß ich wirklich nicht mehr."

1. 8. 22. Auffallend beserer Allgemein-Zustand.
(Datum?) „31. oder 1."
Maschinenausstellung 77 wird über ein Gespräch von fünf Minuten behalten.

13. 8. 22. Kennt Ref., der auf Urlaub war, wieder. Er merke jetzt, daß er sich an den ganzen Nachmittag des Unglückstages nicht mehr erinnern könne.

15. 8. 22. Patient wird heute den Eltern übergeben.

18. 8. 22. Patient stellt sich noch einmal vor. Erinnert sich nicht recht an die ersten Tage seines Klinikaufenthalts. Pat. ist durchaus geordnet. Er erledige seine Geschäfte selbst.

5. 11. 22. Patient stellt sich noch mehrmals vor. Berichtet, daß er sich kurz nach der Entlassung zuerst nicht ganz zurechtgefunden habe. Seitdem sei etwas ähnliches nicht mehr vorgekommen, er sei auch nicht vergeßlich. Die retrograde Amnesie sowie der Erinnerungsausfall für die erste Krankheitszeit sind ziemlich gleich geblieben.

Zusammenfassung.

Hier handelt es sich wiederum um einen jungen Menschen, bei dem im Anschluß an eine Commotio cerebri eine sehr starke Merkfähigkeitsstörung auftrat, zeitliche und örtliche Desorientierung sich einstellte und Konfabulationen produziert wurden. Schon 9 Tage nach dem Unfall wurden auch schwierigere Rechenaufgaben gut und schnell gelöst. 14 Tage nach dem Unfall zeigte sich mit einer auffallenden Besserung des Allgemeinzustandes auch eine solche des psychischen Befundes, die 14 Tage später soweit fortgeschritten war, daß der Patient entlassen werden konnte. In den folgenden Wochen stellte sich der Patient noch mehrmals vor und es zeigte sich, daß nur eine retrograde Amnesie für den Nachmittag des Unglückstages sowie Erinnerungslosigkeit für die erste Krankheitszeit geblieben war.

Epikrise.

Zeitliche und örtliche Desorientierung, Merkfähigkeitsstörung, Konfabulationen und Amnesie lassen keinen Zweifel an der Diagnose Korsakow aufkommen. Interessant ist die retrograde Amnesie für den Nachmittag des Unglückstages sowie die Möglichkeit, den Patienten durch Suggestion zu Konfabulationen zu verleiten. Die Reihenfolge, in der sich die Krankheitssymptome zurückbildeten, ist genau dieselbe wie im vorhergehenden Fall.

*

Fall 3.

22 Jahre alter Hausdiener, kein Alkohol-Abusus. Eine Tante des Patienten hat sich aus Gram über den Tod ihrer Mutter er-

schossen, der Großvater endete durch Selbstmord, die Mutter des Patienten hatte schon ernstliche Selbstmordabsichten. Pat. selbst war in der Jugend lustig, litt nie an Verstimmungen. Er versäumte einen Zug, regte sich darüber sehr auf und machte am

8. 9. 23. einen Erhängungsversuch, indem er mit der Rucksackschnur sich am Klosett aufhängte. Die Angehörigen hörten ein verdächtiges Geräusch, ein Röcheln, und schnitten ihn ab. Er sei schon ganz blau an den Lippen gewesen. Patient wird am

8. 9. 23. abends 9 Uhr in die Klinik eingeliefert. Am Halse finden sich starke rote Strangulationsstreifen. Der Patient ist benommen, knirscht mit den Zähnen und zeigt lebhafte motorische Unruhe.

9. 9. 23. Pat. ist noch benommen, spricht lallend, verwaschen, überstürzt, unverständlich. Macht deutlich euphorischen Eindruck, ist örtlich desorientiert.

10. 9. 23. Heute im Benehmen frei.

(Wochentag?) „Dienstag" (recte Montag). Er sei seit 2 Tagen hier, habe einen Anfall gehabt, wie schon 3—4 Mal. Das komme von dem Schlag, wo ihm in Galizien ein Russe auf den Kopf schlug. Er sei damals 2 Tage bewußtlos gewesen und habe im Krankenhaus gelegen.

(Monat?) „März." Aufgefordert, zum Fenster hinauszusehen, meint er, es sehe aus wie Mai oder Juni.

(Datum?) „Der 17. des 4. Monats, nein, das stimmt nicht. September" den Wochentag wisse er nicht. Er habe Ref. noch nie gesehen. (Ref. war heute schon zweimal bei dem Pat.)

(Wo hier?) „Schellingstraße 62." (Wohnung der Eltern des Patienten.)

(Wer ich?) „Doktor."

(Also wo hier?) „Ich weiß nicht, wie das Krankenhaus heißt."

11. 9. 23. (Krank?) „Ich habe von Selbstmordversuch gehört, warum weiß ich nicht."

(Warum Selbstmordversuch?) „Ich weiß nicht, wie ich in die Wohnung nachhause gekommen bin. Daß ich in der Wohnung war, müßte ich doch wissen."

14. 9. 23. Irrt sich noch hin und wieder im Wochentag und Aufenthaltsort, korrigiert sich aber schon selbst.

20. 9. 23. Oertl. und zeitl. orientiert. Die retrograde Amnesie und der Erinnerungsdefekt für die beiden ersten Tage nach dem Erhängungsversuch sind noch vorhanden. Wird entlassen.

1. 10. 23. Keine retrograde Amnesie mehr: Patient erinnert sich angeblich, daß er die Rucksackschnur um das Klosett gelegt hat. An das Uebrige kann er sich nicht erinnern, es sei ihm nur erzählt worden.

5. 7. 25. Nach Angabe der Angehörigen hat Patient eine neue bessere Stelle bei einem Optiker. Er muß hier im Gegensatz zu seiner früheren Stellung sehr viel rechnen, doch sei sein Meister mit seinen Leistungen sehr zufrieden. Sein Gedächtnis sei so gut wie früher, doch könne er sich auch heute noch nicht erinnern, was bei dem Erhängungsversuch im September 1923 nach dem Anlegen der Schnur in den folgenden 2 Tagen geschah.

Zusammenfassung.

Wiederum handelt es sich hier um einen jungen, erst 22 Jahre alten Menschen, bei dem kein Alkohol-Abusus vorliegt, den wir aber sicher zu den haltlosen Psychopathen rechnen dürfen. Im Anschluß an einen ernstlichen Selbsmordversuch durch Strangulation kommt es bei dem mehrfach erblich belasteten Pat. zu einer ca. 2 Tage dauernden Benommenheit. Nachdem der Pat. am 3. Tage wieder freier geworden ist, ergibt die genaue Aufnahme des psychischen Befundes, daß der Pat. örtlich und zeitlich desorientiert ist, daß er konfabuliert, daß seine Merkfähigkeit stark herabgesetzt ist. 20 Tage nach dem Erhängungsversuch sind diese Symptome verschwunden, nur findet sich noch eine retrograde Amnesie und ein Erinnerungsdefekt für die beiden ersten Krankheitstage, wie sie schon von Anfang an vorhanden waren. 10 Tage später gibt der inzwischen entlassene Pat. an, er habe nur noch den Erinnerungsdefekt, die retrograde Amnesie sei verschwunden. Bei einem Be-

such nach fast 2 Jahren geben die Angehörigen an, wie bei der letzten Vorstellung in der Klinik sei von den sämtlichen Krankheitssymptomen nur noch die Amnesie geblieben, sonst sei eine vollständige Heilung eingetreten.

Epikrise.

Wenn auch für die Symptome des Korsakow in der verhältnismäßig kurzen Krankengeschichte nicht so reichliche und typische Belege zu finden sind, wie in den beiden ersten Fällen, so kann doch an der Diagnose kein Zweifel entstehen, da ja sämtliche Symptome, wenn zum Teil auch nur durch e i n e Aeußerung, vorhanden sind. Er ist zeitlich und örtlich desorientiert, letzteres so, daß er die Klinik im Sinne seines gewöhnlichen Aufenthaltes, der Wohnung seiner Eltern, umdeutet. Daß seine Merkfähigkeit gestört ist, geht daraus hervor, daß er angibt, Ref. nicht zu kennen, obwohl er ihn schon zweimal an diesem Tage gesehen hat. Eine Konfabulation stellt die Erzählung dar, mit der er seine Anwesenheit in der Klinik begründet. Die vorhandene Amnesie und retrograde Amnesie machen den Symptomen-Komplex vollständig. Die Angaben des Patienten über die retrograde Amnesie vom 11. 9. 23., 20. 9. 23. und 1. 10. 23. zeigen hier sehr schön, wie dieser Defekt sich ganz allmählich zurückbildet bis auf einen minimalen Rest von vielleicht nur wenigen Sekunden kurz vor dem Tentamen. Auch hier ist allem Anschein nach im Rückgang der Symptome die schon zweimal beobachtete Reihenfolge eingehalten. Die retrograde Amnesie verschwindet hier als letztes der vorübergehenden Symptome im Gegensatz zu dem auch hier unverändert fortbestehenden Erinnerungsausfall für die Zeit der stark gestörten Merkfähigkeit.

*

Gruppe II.

Fall 1.

55 Jahre alter Arbeiter. Trank täglich etwa 2 Maß Bier.

17. 4. 12. Erste Aufnahme in die Klinik. Vor 2½ Monaten nach Angabe des behandelnden Arztes Schlaganfall, seitdem Kopfweh und Gedächtnisschwäche. Der Patient ist örtl. orientiert, zeitlich desorientiert, versagt schon bei einfachem Rechnen vollkommen, kann die Monate nicht

richtig aufzählen. In der Unterredung bringt er immer wieder an, daß ihn seine Frau mit einem früheren Zimmerherrn betrogen habe, er habe seine Frau schon öfters erwischt. Es fehlt ihm jede Krankheitseinsicht. Blutdruck 120/220.

19. 4. 12. Erklärt erst hierher gekommen zu sein. Sei aber schon früher einmal hier gewesen. Erinnert sich nicht, den Arzt schon einmal gesehen zu haben.

27. 4. 12. Meint, er sei gestern aufgenommen worden.

13. 5. 12. Nach Egelfing überführt. Dort örtlich orientiert, zeitlich nur annähernd.

15. 6. 12. Merkfähigkeit stark herabgesetzt, Gedächtnis für die letzten Jahre sehr defekt. Nicht suggestibel, keine Konfabulationen. Empfindet seinen Gedächtnisdefekt, klagt darüber.

14. 7. 12. Auf Antrag nachhause entlassen.

4. 2. 14. Zweite Aufnahme in die Klinik. Kann nicht angeben, wann und wie lange er zum ersten Male hier war. Zeitl. ist er desorientiert und kann nicht angeben, in welchem Krankenhaus er sich befindet. Weiß nicht mehr, wann er geheiratet hat. Merkfähigkeit stark herabgesetzt, auch einfache Subtraktionen werden falsch gerechnet.

10. 2. 14. Entlassen nach Haar. Dort zeitlich desorientiert, örtlich mangelhaft orientiert. Durch Suggestivfragen Konfabulationen. Klagt über Kopfschmerzen.

15. 8. 17. Patient ist ein fleißiger Arbeiter, vergißt aber oft Aufträge von einem Augenblick zum andern.

13. 7. 21. In ein Spital entlassen.

5. 7. 25. Ich treffe den Patienten im Spital, wo er seit 4 Jahren mit seiner Frau zusammenlebt. Er weiß zwar, wo er ist, doch erzählt seine Frau, daß er sich schon mehrmals in nächster Nähe des Spitals verlief, obwohl ihm die Gegend von früher her und auch durch die täglichen Spaziergänge mit seiner Frau bekannt sein müßte. Er weiß nicht, wie lange er hier ist, auch nicht in welchen Kliniken und Pflegeanstalten er früher war. Zeitlich ist er desorientiert, weiß auch sein Alter nicht anzugeben,

kennt keinen seiner 4jähr. Spitalgenossen mit Namen. Er trinkt täglich mit seiner Frau zusammen 1 Liter Bier, weiß aber heute noch nicht den Preis, obwohl er ihn sich täglich von seiner Frau sagen läßt. Krankheitseinsicht fehlt ihm vollständig. Auch einfachste Rechenaufgaben kann der Patient nicht lösen. Er schläft sehr viel, ist zufrieden, äußerst gutmütig und verträglich. Die Urteilsfähigkeit ist nur mehr sehr gering.

Zusammenfassung.

Ein 55jähriger Arbeiter, bei dem kein Alkoholmißbrauch vorliegt, erleidet einen epoplektischen Insult. Seitdem klagt er über Kopfweh und Gedächtnisschwäche und wird auch deshalb nach 2½ Monaten in die Klinik aufgenommen. Hier findet man einen Blutdruck von 120/220, psychisch zeitliche Desorientierung, Unfähigkeit auch einfache Rechenaufgaben zu lösen, eine hochgradige Störung der Merkfähigkeit, durch die es ihm nicht zum Bewußtsein kommt, daß er als einzigen Gesprächsstoff immer und immer wieder dieselbe Eifersuchtsidee vorbringt. Nach 4 Wochen wird der Pat. nach Egelfing überführt, wo sich während seines zweimonatlichen Aufenthaltes nichts wesentliches an dem Krankheitsbilde ändert. 2 Jahre nach der ersten erfolgt die zweite Aufnahme in die Klinik, wo sich noch der gleiche Befund wie bei der ersten Aufnahme findet. Pat. wird nach einer Woche nach Haar entlassen und bleibt hier während der nächsten 7 Jahre. Dort ändert sich wenig an dem bisherigen Befund, neu ist nur, daß er sich durch Suggestivfragen zu Konfabulationen verleiten läßt und über Kopfschmerzen klagt. In ein Spital entlassen, treffe ich ihn dort an. Nachdem er sich bereits 4 Jahre hier befindet, weiß er wohl, wo er ist, doch verläuft er sich schon in nächster Nähe des Spitals. Zeitlich ist er desorientiert, sein Alter vermag er nicht anzugeben, einfachste Rechenaufgaben nicht zu lösen. Die Merkfähigkeit ist hochgradig gestört, das Gedächtnis für die letzten 12 Jahre fast vollständig ausgelöscht. Seine Urteilsfähigkeit ist nur mehr sehr gering.

Epikrise.

Wie in keinem der bisherigen Fälle finden sich hier die Symptome des Korsakow extrem ausgebildet, wohl deshalb, weil das Primäre der Störungen, die Merkfähigkeit, praktisch vollständig

aufgehoben ist. Das einzige Produkt von Merkfähigkeit, das sich bei ihm noch findet, ist eine zeitweise vorhandene örtliche Orientierung. Sicherlich ist aber das Wesentliche nicht eine nach immer wiederholtem Hören, evtl. erst nach Jahren erworbene Fähigkeit, den gegenwärtigen Aufenthalt zu benennen, sondern die rasche Orientierungsfähigkeit an einem bisher fremden Orte. Daß diese aber auf das allerminimalste reduziert ist, beweist die Erzählung seiner Frau, daß er sich schon mehrmals in nächster Nähe des Spitals verlief, obwohl ihm die Gegend von früher her und durch die täglichen Spaziergänge mit seiner Frau bekannt sein müßte. Das spärliche Vorhandensein von Konfabulationen ist in den letzten Jahren wenigstens sicher mit dadurch bedingt, daß der Patient infolge seiner hochgradigen Merkfähigkeitsstörung sein Erlebnismaterial für Konfabulationen infolge der langen Dauer seiner Erkrankung aus einer Zeit beziehen müßte, die viele Jahre zurückliegt, andererseits dadurch, daß infolge der Schwere der Symptome im Lauf der Jahre sich eine immer stärker werdende Verödung des ganzen Geisteslebens des Patienten herausgebildet hat und so die geistige Regsamkeit des Patienten, von deren Stärke sicherlich die Produktion von Konfabulationen großenteils abhängt, auf ein Minimum reduziert ist. Dieselbe Tatsache, das Fehlen neuen Erfahrungsmaterials, dürfte zur Entstehung der schweren Urteilslosigkeit beitragen, denn wenn ein Mensch während eines Zeitraumes von 13 Jahren praktisch keine Erfahrungen mehr sammelt, so verkümmern eben die Voraussetzungen jedes Urteils. Sicherlich darf man jedoch die hochgradig gestörte Merkfähigkeit und damit den Korsakow nicht als die alleinige Ursache der Urteilslosigkeit ansehen, sondern muß unbedingt sonstigen Veränderungen der Arteriosklerose sowie dem Senium, das bei dem beim letzten Besuche bereits 68 Jahre alten Manne sicher schon Veränderungen bewirkte, einen bestimmten Anteil der Urteilsstörung zuschreiben. Das Wesentliche ist jedoch, daß, ganz abgesehen vom Alter, in diesem Fall die den Korsakow auslösende Grundkrankheit eine chronische ist, also eine weiterwirkende Schädlichkeit darstellt. Das bedingt auch die schlechte Prognose dieses Falles im Gegensatz zu den Fällen der ersten Gruppe, wo die Ursache der symptomatischen Psychose eine einmalige, akute Schädigung des Gehirns darstellt, die natürlich viel leichter restituiert werden kann. Der Fall ist

typisch für die gerade auf dem Boden von Arteriosklerose entstehenden Korsakowzuständen eigene Prognose, die hier oft quoad vitam gut, quoad sanationem jedoch schlecht ist.

*

Gruppe III.

Fall 1.

30 Jahre alter Bergarbeiter, Alkohol 4 - 5 Maß Bier täglich; am

4. 4. 23. erlitt der Patient eine schwere Schädelverletzung durch Sprengschuß. Es bestand vorübergehende Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Blutung aus Nase und Rachen, eine Quetschwunde in der Stirngegend, beiderseits ausgedehnte Ekchymose der Augenlider, suborbitaler Bluterguß, Protrusio Bulborum, Pupillenerweiterung, Druckpuls (44 Schläge). Auf eine Trepanation hin gingen die Hirndruckerscheinungen zurück, das Bewußtsein hellte sich allmählich wieder auf, doch war der Patient dauernd verwirrt und aufgeregt, sodaß er aus dem Knappschaftslazarett am

24. 4. 23. in die Psychiatrische Klinik überwiesen wurde. Bei der körperlichen Untersuchung sind bemerkenswert ausgesprochener Babinski mit Spreizung der Zehen links, sowie eine Pulszahl von 44 in der Minute. Der Patient ist örtlich desorientiert, glaubt es sei März. Eine retrograde Amnesie besteht nicht mehr, der Kranke erzählt ziemlich genau die Ereignisse, die seiner Verletzung vorausgingen. Dagegen ist er über das, was sich nach der Verletzung bis zum heutigen Tag abspielte, nur sehr mangelhaft unterrichtet. Die Erinnerung an frühere Zeit ist intakt, er gibt selbst seine Anamnese sogar mit allen Daten richtig an.

26. 4. 23. Patient glaubt, er sei in Dresden. Da sei er von München hin mit 2 Aerzten. Behandlung habe er sehr wenig bekommen, es sei ihm wohl ein Pflaster aufgebunden worden, sonst sei aber Nichts mit ihm geschehen. Dem Patienten werden mehrere Bilder gezeigt; am Schluß erinnert er sich nicht im geringsten mehr an die zuerst gezeigten Bilder.

4. 5. 23. Patient ist in den letzten Tagen immer unruhig, verwirrt, zeitlich und örtlich desorientiert. Seit gestern plötzlicher Temperaturanstieg auf 40,2. Ausgeprägte Nackensteifigkeit. Kernig'sches Phänomen positiv. Starke Ueberempfindlichkeit am Rücken.

4. 5. 23. Lumbalpunktion ergibt eine leicht getrübte, wässerige Flüssigkeit. Außerdem Zellvermehrung, mikroskopisch meist Leukozyten. Wird auf die Chirurg. Klinik verlegt.

5. 5. 23. Diagnose der Klinik: Meningitis.
Exitus.

Zusammenfassung.

Ein 30 Jahre alter Bergarbeiter erleidet eine schwere Schädelverletzung und zwar handelt es sich nach den Symptomen um eine Schädelbasisfraktur und einen die Hirndrucksymptome bedingenden größeren subduralen Bluterguß. Nach Vornahme einer Trepanation gehen die Hirndruckerscheinungen zurück, doch ist der Patient so aufgeregt, daß er in die Psych. Klinik überwiesen wird. Körperlich findet sich hier noch Druckpuls sowie als Zeichen einer Pyramidenbahnläsion positiver Babinski. Psychisch ist der Patient örtlich und zeitlich desorientiert, hat nur eine sehr schwache Erinnerung an die seiner Verletzung folgende Zeit, während er über die vor dem Unfall liegende Zeit gute Auskunft gibt. 2 Tage später, also 3 Wochen nach dem Unfall, zeigt sich bei der Prüfung eine starke Störung der Merkfähigkeit, außerdem bringt der Kranke Konfabulationen vor. 1 Woche später treten bei dem Patienten unter plötzlichem Temperaturanstieg die Symptome einer Meningitis auf, welcher der Patient am nächsten Tage in der Chirurgischen Klinik erliegt.

Epikrise.

Bemerkenswert ist für das Verständnis der beim Korsakow fast nie fehlenden örtlichen Desorientierung die Tatsache, daß bei diesem Kranken sich durch die Prüfung der Merkfähigkeit an Bildern eine vollständige Unfähigkeit, optische Eindrücke festzuhalten, zeigte. Wenn auch das Krankheitsbild im Beginn durch die Bewußtseinstrübung, Verwirrung und Aufgeregtheit verwischt ist, und in den letzten Tagen durch die hinzutretende Meningitis uncharakteristischer wird, so liegt zwischendrin doch eine Zeit, in

der der psychische Status einen fast klassischen Korsakow darstellt. Wäre hier nicht durch eine interkurrierende Meningitis der Exitus erfolgt, wäre genügend Zeit zur Rückbildung der Symptome gewesen, so hätten wir sicher einen ähnlichen Verlauf der Erkrankung gesehen, wie ihn Fall 2 der ersten Gruppe dieser Fälle bietet. Infolge der stärkeren Schädigung des Gehirns hätte sicher die Heilung sich über längere Zeit hingezogen; daß sie eingetreten wäre, glaube ich jedoch bestimmt annehmen zu dürfen. Es ist in diesem Falle nur eine interkurrierende, zum Tode führende Krankheit, also die Unmöglichkeit der Rückbildung der Symptome infolge Fehlens der hierzu nötigen Zeit, welche den Fall prognostisch nicht der ersten Gruppe einreiht und somit für die Beurteilung der Prognose praktisch ausschaltet.

*

Fall 2.

59 Jahre alter Kunstmaler, kein Alkohol-Abusus. Pat. war schon immer sehr nervös, brauchte viel Schlaf. Hatte im Juni 1923 eine vorübergehende linksseitige Lähmung. Konnte seitdem nicht mehr recht gehen, deshalb am

20. 9. 23. Aufnahme in die Psych. Klinik. Ptosis und Facialis-Parese links. P.S.R. beiderseits gesteigert. Babinski beiderseits positiv. Spasmen in beiden Beinen. Gang paretisch - spastisch - ataktisch. Wa. R. positiv im Blut und Liquor. Nonne +. 11 Zellen.

22. 9. 23. (Wer ich?) „Ich kenne Sie vom Sehen, Angestellter vom Spediteur". (Patient hat Ref. gestern schon gesehen!)
(Wo hier?) „Am Bodensee."
(Wer ich?) „Guter Freund."
(Was für ein Haus?) „Spediteur."
(Lokal?) „Heißt das nicht Sonne?"
(Wer der Herr neben Ihnen?) „Kranker."
(Wo hier?) „Hospital."
(Wer ich?) „Spediteur."
(Haus?) „Das des Spielwarenhändlers . . . ., bin nicht ortskundig."
(Die Herren neben Ihnen?) „Weiß nicht, Spediteure."

Der Patient ist auch zeitlich desorientiert, kann sein Alter nicht angeben.

(Wo?) „Am Bodensee."

(Haus?) „Kann es nicht genau sagen, weißer Turm."

27. 9. 23. vorm. Kurz vor der Unterhaltung fragte Patient die Schwester, warum er kein Abendessen bekomme.

(Guten Abend!) „Guten Abend!"

(Schon zu abend gegessen?) „Ja, aber nichts kompaktes."

(Wo?) „Asyl."

(Wer ich?) „Asylgeber, Hausverwalter oder Grundverwalter. Wo ist denn der Herr Grundverwalter, der eigentliche, der kleine? In Ferien? Der hat doch gegessen da oben, ich habe auch schon gegessen."

28. 10. 23. Durchfall. Heute nacht gestürzt. Hautwunde an der Stirn links.

13. 10. 23. Die letzten Tage kein Durchfall, sehr hinfällig, benommen, fast dauernd Singultus.

Plötzlicher Exitus.

Sektion und histologische Diagnose ergibt:

Hirnlues mit Gumma im Mittelhirn;

Heubners Endarteriitis;

Meningitis von vorwiegend basaler Ausbreitung.

Zusammenfassung.

Ein 59 Jahre alter Kunstmaler erleidet eine vorübergehende Lähmung, kann seit dem nicht mehr recht gehen und geht deshalb nach einem Vierteljahr der Psych. Klinik zu. Körperlich finden sich Hirnnervenlähmungen, Pyramidensymptome, Spasmen in beiden Beinen, positiver Wassermann im Blut und Liquor, positiver Nonne, 11 Zellen. Psychisch eine hochgradige Reduktion der Merkfähigkeit, vollständige örtl. und zeitl. Desorientierung sowie Konfabulationen. Der Patient wird gegen Ende der 3. Woche seines Aufenthaltes in der Klinik von Tag zu Tag immer hinfälliger, schließlich benommen, es erfolgt Exitus. Die Sektion ergibt die Diagnose; Hirnlues mit Gumma, Endarteriitis und Meningitis.

Epikrise.

Klassisch ausgeprägt ist hier die Merkfähigkeitsstörung, die Unfähigkeit, neu gewonnene Eindrücke in der Erinnerung festzuhalten und zu verwerten. Mehrmals wird der Kranke durch hinweisende Fragen richtig orientiert, aber immer wieder zeigt schon die Antwort auf die nächste Frage, daß der neugewonnene Eindruck nicht festgehalten werden kann, daß sich der Patient schon wieder in früher vorgebrachten oder neuen falschen Vorstellungskreisen befindet. Es ist, wie Bumke sich ausdrückt, „eine rein quantitative Störung der Wahrnehmung: noch ehe der in seiner Dauer verlängerte Wahrnehmungsvorgang zum Abschluß gelangt ist, werden die im Anfang erfaßten Elemente wieder vergessen. Das Ergebnis ist die Unbesinnlichkeit, das sich nicht Zurechtfindenkönnen, das viele Patienten dieser Art auszeichnet". Ganz schwer ist auch die zeitl. Orientierung gestört, denn der Patient weiß nicht einmal die Tageszeit anzugeben. Zweifellos ist auch hier, wie im ersten Fall dieser Gruppe, durch den eingetretenen Exitus von vornherein eine Rückbildung der Symptome unmöglich, aber sicher wäre auch bei nicht erfolgendem Exitus eine Restitutio ad integrum, ganz abgesehen noch vom Alter des Patienten, nicht zu erwarten. Bei nicht erfolgtem Exitus wäre dieser Fall also nicht der ersten, sondern der zweiten Gruppe mit ihrer viel schlechteren Prognose einzuordnen.

*

Fall 3.

56 Jahre alte Bäckermeistersgattin, kein Alkohol-Abusus. Seit 11 Monaten Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Brechreiz. Am

24. 4. 14. Einlieferung in die Klinik. Eine mittelgroße Frau in schlechtem Ernährungszustand. Zunge wird zitternd vorgestreckt. Pupillen reagieren auf Licht nicht, auf Konvergenz nicht besonders ausgiebig. Abducensparese. Leichter Exophthalmus. Sehvermögen stark herabgesetzt. Beiderseits Stauungspapille. Starkes Zittern der Extremitäten. P. S. R. lebhaft. Pat. kann nicht gehen. Romberg nicht zu prüfen. Pat. ist mangelhaft orientiert, verlegt oft Ereignisse des gleichen Tages auf den Vortag oder noch weiter zurück. Pat. hat keine rechte Be-

ziehung zur Zeit. Sie gibt an, sie sei vor 3 Tagen gestochen worden (punktiert am vorigen Tag), kann sich aber andererseits erinnern, daß das am Sonntag war, da sie gesagt habe: Auch am Sonntag hat der Mensch keine Ruhe. Konfabuliert zuweilen, sie habe Besuch gehabt, sei ausgewesen. Merkfähigkeit herabgesetzt.

23. 5. 14. Hirnpunktion: Diffuse Gliomatose.

29. 5. 14. Entlassen nach Egelfing. Aus der dortigen Krankengeschichte:

8. 6. 14. Oertl. und zeitl. desorientiert. Konfabuliert von Besuchen ihrer Verwandten. Unter zunehmender Apathie am

13. 9. 14. Exitus.

Sektionsbefund:
Tumor Cerebelli;
Krebs der Lunge;
Krebsknötchen in der Milz;
Diffuse Carcinomatose.

Zusammenfassung.

Eine 56 Jahre alte Bäckermeistersgattin wird in die Klinik eingeliefert, weil sie seit 11 Monaten an Schwindelanfällen, Kopfschmerz und Brechreiz leidet. Körperlich findet sich schlechter Ernährungszustand der Patientin, Hirnnervenstörungen, Hirndrucksymptome, Zittern der Extremitäten und Unfähigkeit zu gehen. Psychisch ist die Kranke nicht ganz orientiert, hat vor allem keine rechte Beziehung zur Zeit. Außerdem konfabuliert die Kranke und ihre Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Nach einem Monat, während dessen sich nichts wesentliches am psychischen Bilde geändert hat, wird durch Hirnpunktion die Diagnose: Diffuse Gliomatose gestellt. Die Patientin wird nach Egelfing entlassen, wo sie nach etwa 4 Monaten zum Exitus kommt, ohne daß sich auch in dieser Zeit eine Aenderung des psychischen Befundes ergibt. Die Sektion stellt einen Tumor des Kleinhirns fest neben sonstiger diffuser Carcinomatose.

Epikrise.

Eine besondere Art zeitl. Desorientierung ist in diesem Falle vorhanden, die uns erlaubt, den Entstehungsmechanismus dieses

Symptoms zu analysieren. „Im Verlaufe des Korsakow'schen Syndroms," sagt Bumke darüber, „gibt es Phasen, in denen die Erinnerungen an sich wieder zur Verfügung stehen, aber zeitlich schlecht eingeordnet werden." Es sind das eben Fälle, in denen gerade die Merkfähigkeit für Daten besonders schwer geschädigt ist. Weil nun aber, worauf wiederum Bumke hinweist, „darüber hinaus das Gedächtnis kein anderes Kriterium der Zeitschätzung besitzt, als das in dem mehr oder minder starken Abblassen der Erinnerungsbilder gegebene," so hängt die zeitliche Einordnung solcher Ereignisse einzig und allein von dem langsameren oder schnelleren Abblassen ihrer Erinnerungsbilder ab. Oft hat der Patient zwar eine gewisse Erinnerung besonders an stark gefühlsmäßig betonte Ereignisse, es ist ihm aber gänzlich unmöglich, ein richtiges Bild von dem zeitlichen Ablauf der Ereignisse zu gewinnen. Daß, wie auch in diesem Falle, die Ereignisse vordatiert werden, hängt sicher damit zusammen, daß in diesen Fällen meistenteils auch die Merkfähigkeit für die Erinnerungsbilder dieser Ereignisse selbst herabgesetzt ist, daß diese Erinnerungsbilder also rascher abblassen. Daß die Prognose dieses Falles ganz trostlos ist, ist klar. Diese ungünstige Prognose gilt aber nicht für den Hirntumor schlechthin. Im Gegenteil ist die Prognose letzten Endes nur von der Art des Tumors abhängig. Gerade im Hinblick auf den vorigen Fall wäre es denkbar, einen Korsakow bei Hirntumor, allerdings rückbildungsfähigem, z. B. Gumma, unter der ersten Gruppe meiner Fälle mit ihrer absolut günstigen Prognose zu finden.

Fall 4.

62 Jahre alte Schlossersfrau, trank täglich etwa ½ Liter Bier. Die Mutter und ein Bruder der Patientin an Schlaganfall gestorben. Seit 2 Monaten sehr vergeßlich, verkennt die Personen.

13. 6. 16. Aufnahme in die Klinik.
Körperlich: Puls arteriosklerotisch. Blutdruck 80/155.
Psychischer Status: Die Patientin gibt gute Auskunft über die Ereignisse ihrer Jugend. Ist örtl. und zeitl. desorientiert, kann eine aufgegebene Zahl nicht merken.

23. 6. 166. (Wer ich?) „Frl. Beck von Altötting."

20. 7. 16. Bei unverändertem Befund wird die Patientin nach Haar überwiesen. Hier Status unverändert.

21. 11. 16. Nach Gabersee überwiesen. Pat. kennt sich hier nicht aus, ist desorientiert. Ihre Merkfähigkeit ist sehr defekt, sie wird von Tag zu Tag hinfälliger.

21. 3. 17. Exitus.

Aus dem Sektionsbefund:

Coronararterien sehr stark geschlängelt und verhärtet. Ihre Intima ganz weißgrau, höchsten Grades atheromatös, im Anfangsteil der Aortenintima geringe Atheromatose.

Schrumpfniere und Nierenabscesse.

Gefäße der Hirnbasis verdickt und klaffend.

Zusammenfassung

Eine 62 Jahre alte Schlossersfrau, die keine ätiologisch in Betracht kommende Alkoholanamnese aufweist, aber durch Arteriosklerose in der Familie belastet ist, wird vergeßlich und verkennt die Personen. Nach 2 Monaten wird sie in die Klinik aufgenommen und es finden sich körperliche Symptome der Arteriosklerose. Psychisch ist die Patientin über Ereignisse ihres früheren Lebens gut unterrichtet und verkennt die Personen. Sie wird zunächst nach Haar und von hier nach Gabersee überwiesen, wo sie 9 Monate nach der Aufnahme in die Klinik ad exitum kommt, ohne daß sich am oben erhobenen psychischen Befund etwas wesentlich geändert hat. Die Sektion bestätigt die klinische Diagnose: höchstgradige Arteriosklerose der verschiedensten Organe.

*

Fall 5.

71 Jahre alter Maler, angeblich kein Alkohol-Abusus.

14. 6. 13. Einlieferung in die Klinik.

Körperlich: Pupillen eng, rechte Pupille entrundet. P.S.R. lebhaft. Wa.R. negativ.

Psychisch: Der Pat. zeigt sich über sein früheres Leben gut unterrichtet. Zeitl. ist er vollständig, örtl. geringer desorientiert. Auch einfache Rechenaufgaben kann der Pat. nicht lösen, aufgegebene Zahlen und

Worte schon nach kürzester Zeit nicht mehr wiederholen.

17. 6. 13. Hält den Arzt für einen Maler, den er von früher her kenne. Gibt an, gestern mit Bekannten in einem Lokal gewesen zu sein und dort Bier getrunken zu haben.

23. 6. 13. Pat. ist zeitweise wieder örtl. und zeitl. orientiert, weiß nichts von konfabulatorischen Angaben, die er Tags zuvor gemacht hat.

11. 7. 13. Nach Haar entlassen, hier ist der Pat. ebenfalls vollständig desorientiert, seine Merkfähigkeit ist stark gestört und er bringt Konfabulationen vor.

12. 5. 14. Patient ist benommen, Herztöne leise und undeutlich. Puls stark verlangsamt.

14. 5. 14. Exitus.

Die klinische Diagnose: Arteriosklerose wird durch die Sektion bestätigt: Sehr starke Sklerose des Aortenbogens und der Kranzgefäße des Herzens. An der Basis des lk. Frontallappens ziemlich ausgedehnter gelber Rindenerweichungsherd. Die Hirnrinde erscheint auf dem Durchschnitt überall sehr schmal, die Ventrikel sehr erheblich erweitert, ihr Ependym deutlich granuliert.

Zusammenfassung.

Ein 71 Jahre alter Maler, bei dem kein Alkohol-Abusus vorliegt, wird in die Klinik eingeliefert. Ein charakteristischer körperlicher Befund ist nicht zu erheben, dagegen finden sich psychische Störungen, die an einen Korsakow denken lassen: Merkfähigkeitsstörung, Desorientierung, Unfähigkeit zu rechnen, Verkennen von Personen und Konfabulationen. Das Gedächtnis für frühere Zeit ist gut erhalten. Einmal ist der Patient vorübergehend besser orientiert, im allgemeinen jedoch ändert sich darnach nichts mehr an dem psychischen Befund, bis der Patient, 11 Monate nach seiner Aufnahme in die Klinik, in Haar einer Bronchopneumonie erliegt. Die Sektion bestätigt die klinische Diagnose: Arteriosklerose.

Epikrise von Fall 4 und 5.

Wenn ich die beiden letzten Fälle in der Epikrise zusammennehme, so liegt das nicht allein daran, daß sie die letzten meiner Zusammenstellung sind und eine Analyse einzelner Symptome deshalb überflüssig ist, weil das bereits in den vorhergehenden Fällen

genügend geschehen ist, sondern auch daran, daß beide Fälle Endzustände, noch dazu von gleicher Aetiologie darstellen, also aus zweifachem Grunde nicht die Verschiedenheiten im Verlauf und in der Prognose aufweisen, wie das Anfangsstadien der Korsakow'schen Psychose eigen ist. An der arteriosklerotischen Aetiologie der Fälle kann kein Zweifel entstehen durch den eindeutigen Sektionsbefund. Ob der Tod kürzere oder längere Zeit später erfolgt, ist für die Prognose des psychischen Verhaltens dieser Fälle nebensächlich. Dagegen spricht auch nicht die ganz vorübergehende Besserung im psychischen Befinden des letzten Patienten, denn solche Remissionen pflegen immer nur von ganz kurzer Dauer zu sein, darnach nimmt regelmäßig die Krankheit wieder ihren alten fortschreitenden Gang. Die Grundkrankheit ist eben eine chronische, stellt eine immer weiter wirkende Schädlichkeit dar und wenn auch nicht der eintretende Exitus diese Krankheitsbilder in die letzte der drei Gruppen führte, so könnten sie doch immer nur der zweiten, niemals der ersten Gruppe meiner Zusammenstellung zufallen. Noch verschlechtert wird die Prognose dieser Fälle dadurch, daß wir es bei Korsakow'scher Psychose arteriosklerotischer Genese zum größten Teil mit alten oder doch älteren Individuen zu tun haben. Denn es ist naheliegend, daß eine Korsakow'sche Psychose mit einem Defektzustand umso leichter enden wird, je älter das Individuum ist, da ja mit dem zunehmenden Alter an und für sich die Merkfähigkeit nachläßt und auch von einem senilen Gehirn nie eine vollkommene Restitution erwartet werden kann.

*

II. 33 Fälle von nicht alkoholischem Korsakow aus der Literatur.

Ich habe diesen 33 Fällen dasselbe Einteilungsprinzip zugrundegelegt wie den 9 Fällen des vorigen Kapitels. Die Einreihung der Fälle ist in diesem Kapitel allerdings großenteils aus Gesichtspunkten erfolgt, die bisher noch nicht näher dargelegt sind. Deshalb möchte ich meinen, dem vorigen Kapitel vorausgeschickten Ausführungen noch einiges hinzufügen. Es ist vor allen Dingen die Einreihung der Fälle in die zweite Gruppe, die in diesem Kapitel nicht so klar ersichtlich ist wie im vorhergehenden, wo die Aetiologie eine Arteriosklerose war. Nur die Arteriosklerose des Falles

13 ist damit zu vergleichen. Bei den Fällen 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11 und 13 war hohes Alter für mich der Grund und zwar deshalb, weil, wenn auch in diesen Fällen die Grundkrankheit nicht immer eine weiterwirkende Schädlichkeit darstellt, doch deshalb eine Restitution ohne Rücksicht auf die Schwere der Grundkrankheit unmöglich ist, weil ein senil verändertes Gehirn eine solche Restitution nicht mehr zustande bringt. Die untere Jahresgrenze festzusetzen, von der an eine solche Restitutionsunfähigkeit des Gehirns anzunehmen ist, ist sehr schwer, da sie individuell verschieden ist. Im allgemeinen darf man sie aber in den meisten Fällen ruhig um das 50. Lebensjahr ansetzen, ja man wird geradezu dann, wenn ein Individuum in diesen Grenzjahren sonst ausgleichbare Störungen nicht ausgleicht, auf ein vorzeitiges Vorhandensein von Rückbildungserscheinungen des Gehirns schließen dürfen. Bei Fall 3, 8 und 10 war der chronische Alkoholismus der Patienten für mich maßgebend, sie der zweiten Gruppe zuzurechnen und zwar deshalb, weil die Grundkrankheiten dieser Fälle, protrahierte Gastro-Enteritis, starke Magenblutungen sowie Leber- und Nierenleiden bei weiterem Alkohol-Abusus sicher nicht ausheilen können, also weiter wirkende Schädlichkeiten darstellen. Auch bei Fall 1, 7 und 12 darf der Alkohol-Abusus als ein die Restitutionsfähigkeit des Gehirns beeinträchtigendes Moment in Rechnung gesetzt werden.

*

Gruppe I, (11 Fälle.)

Fall Nr.	Autor Lit.-Verz.	Geschl. Alter	Aetiologie	Verlauf der Psychose
1.	Korsakow Nr. 15	Frau 62 Jhr.	Tumor, der sich zurückbildet	Nach 2 Monaten vollständige Wiederherstellung
2.	Kalberlah Nr. 11	Mann 28 Jhr.	Sturz v. Pferd	Außer einer 6 stündigen Amnesie vollständiger Heilung
3.	„	Mann 43 Jhr.	Commotio cerebri	Nach $1^1/_2$ Monaten orientiert, nach 10 Wochen keine Merkfähigkeitsstörung mehr, ebenso keine Konfabulationen, Amnesie von 1 Monat bleibt
4.	Tiling Nr. 25	Mann 32 Jhr.	Commotio cerebri	Nach 5 Monaten nur noch gewisse Vergeßlichkeit
5.	Gudden Nr. 8	Mann 30 Jhr.	Pneumonie	Nach 3 Wochen Heilung
6.	Jolly Nr. 10	Frau 70 Jhr.	Gastro-Enteritis	Nach einigen Monaten vollständige Heilung
7.	di Gaspero Nr. 5	Mann 39 Jhr.	„	Nach 5 Monaten vollständige Heilung
8.	Tiling Nr. 25	Frau 45 Jhr.	Typhus	Nach 6 Monaten vollständig geheilt
9.	Korsakow Nr. 15	Frau 45 Jhr.	„	Nach 3 Monaten beginnt Besserung die dauernd fortschreitet, jedoch nach 8 Monaten noch nicht vollständig ist. Nach 9 Monaten fast intakt
10.	„	Frau 22 Jhr.	Pyämie	Heilung nach 1 Jahr
11.	Brie Nr. 13	Mann 34 Jhr.	Gastro-Enteritis	Nach 4 Monaten orientiert; Erinnerungsvermögen gebessert, Gedächtnis für die letzten Jahre lückenhaft

Gruppe II, (13 Fälle.)

Fall Nr.	Autor Lit.-Verz.	Geschl. Alter	Aetiologie	Verlauf der Psychose
1.	Mayer u. Raecke Nr. 22	Mann 53 Jhr.	Kopftrauma Alk.chron.	Nach 2 Jahren noch keine Besserung
2.	Kalberlah Nr. 11	Mann 50 Jhr.	Fall auf den Kopf	Nach 4 Wochen orientiert. nach 6 Jahren nur noch schlechtes Gedächtnis für zeitliche Verhältnisse
3.	Jolly Nr. 10	Mann 30 Jhr.	Protrahierte Gastro-Enteritius, Alkokol-Abusus	Nach 1 Jahr Gedächtnis besser, aber immer noch defekt
4.	Mönkemüller Nr. 23	Mann 48 Jhr.	Meningitis	Nach 3 Jahren nur geringe Besserung
5.	„	Mann 66 Jhr.	Typhus	Nach 30 Jahren keine bemerkenswerte Besserung
6.	„	Mann 66 Jhr.	Bronchitis 39,1 Fieber	Nach 6 Monaten keine Besserung
7.	Jolly Nr. 10	Frau 51 Jhr.	Alkohol-Abusus, Laparatomie	Nach 8 Monaten nahezu normal, nur Amnesie für die erste Zeit der Krankheit
8.	Meyer u. Raecke Nr. 22	Mann 45 Jhr.	starke Magenblutungen, Alkohol-Abusus	Nach 3 Manaten allmähliche Besserung, die jedoch nach 2 Jahren noch nicht weiter forgeschritten ist
9.	Gudden Nr. 8	Mann 64 Jhr.	Co-Vergiftung	Nach 4½ Monaten gebessert entlassen. Kaum Konfabulationen, örtl. orientiert, zeitl. desorientiert, Gedächtnis besser
10.	Mönkemüller Nr. 23	Mann 48 Jhr.	Leber- und Nierenleiden, Alkohol-Abusus	Nach 6 Monaten keine Besserung

				Verlauf d. Psychose	Zeit zwischen Beginn der Psychose und Exitus (über 1 Jhr.) Todesursache
11.	Meyer u. Raecke Nr. 22	Frau 53 Jhr.	Sarkom im r. Stirnlappen	Keine Besserung	3 Jahre, Cachexie
12.	Mönkemüller Nr. 23	Mann 43 Jhr.	Influenza, Alkohol-Abusus	„	1½ Jahre, Herzschwäche
13.	Meyer u. Raecke Nr. 22	Mann 67 Jhr.	Arteriosklerose Apoplexie	„	3 Jahre, Pneumonie

Gruppe III, (9 Fälle).

Fall Nr.	Autor Lit.-Verz.	Geschl. Alter	Aetiologie	Verlauf der Psychose	Zeit zwischen Beginn der Psychose und Exitus, Todesursache.
1.	Korsakow Nr. 15	Frau 16 Jhr.	Fibrom des Uterus	Keine Besserung	1 Monat Fibrom, Cachexie.
2	„	Mann 40 Jhr.	Alkohol-Abusus, Lues, Malaria, Lymph-adenom	„	1 Monat, Pseudoleukämie, Cachexie.
3.	Mönke-müller und Kaplan Nr. 24	Frau 47 Jhr.	Tumor d. r. Schläfen-lappens	„	4 Monate, Cachexie.
4.	Mönke-müller Nr. 23	Mann 45 Jhr.	Pylorus Ca.	„	2 Monate, Cachexie.
5.	Meyer Nr. 20	Mann 58 Jhr.	Sarkom d. 3. Ventrikels	„	„
6.	Kosakow u. Serbski Nr. 16	Frau 27 Jhr.	Pyämie	„	2 Monate, Zwergfell-Lähmung.
7.	Meyer und Raecke Nr. 22	Mann 50 Jhr.	Paralyse	„	10 Monate, Paralytischer Anfall.
8.	„	Frau 34 Jhr.	„	„	10 Monate, Pneumonie, Pleuritis
9.	„	Mann 42 Jhr.	„	„	7 Monate Paralytischer Anfall.

III. Prognostische Ergebnisse.

Es dürfte angebracht sein, vor der eigenen Zusammenfassung der prognostischen Ergebnisse eine Zusammenstellung dessen zu bringen, was über die Prognose des Korsakow in der Literatur zu finden ist.

Korsakow selbst (Literatur Nr. 14) sagt darüber Folgendes: „Der Ausgang des Krankheitsprozesses hängt von seinen Entstehungsbedingungen ab. Ist die Ursache der Störung zu beseitigen, so ist der Ausgang nicht selten auch ein günstiger, es kann Heilung eintreten, freilich meist erst nach sehr langer Zeit. Ist dagegen die Krankheitsursache nicht entfernbar, so ist der Ausgang meistenteils ein trauriger." Die Richtigkeit dieses Punktes für die Prognose hat sich auch bei unseren Untersuchungen ergeben und zwar im gleichen Sinne, wie es hier schon Korsakow feststellt. Ueber die Häufigkeit der von ihm angedeuteten Möglichkeiten läßt sich Korsakow nicht näher aus.

Bei Bonhoeffer (Lit. Nr. 2) finden sich folgende Stellen über die Prognose: „Die Prognose des senilen Korsakow ist ungünstiger als die des toxischen." „Die Beobachtung an Strangulierten zeigt die leichte Ausgleichbarkeit. Dagegen schwinden die Symptome langsam und meist nicht vollständig, wenn es sich um vorher invalide Gehirne handelt, wie bei schwerem und hochgradigem Alkoholismus, Arteriosklerose und Senium. Die infektiöse Aetiologie, die Co-Vergiftung, bieten bessere Rückbildungsaussichten." Bonhoeffer sagt also schon Genaueres über die Prognose als Korsakow: seine Anschauungen finden sich vollständig durch unsere Untersuchungen bestätigt.

Kalberlah (Lit. Nr. 11) schreibt über die Prognose: „Erbliche psychopathische Belastung, Alkoholmißbrauch, Lues, epileptische Anlage, bereits bestehende Neurosen und sonstige schwächende, die Widerstandskraft des Gehirns beeinträchtigende Einflüsse werden die Heilungsaussichten herabsetzen. Im ganzen schienen mir die Zustände, wenn das Krankheitsbild einigermaßen ausgeprägt ist, prognostisch recht wenig günstig und Ausgang in Defekt häufig."

Bei Meyer und Raecke (Lit. Nr. 22) findet sich über die Prognose folgender Satz: „Eine vollkommene Wiederherstellung beim Korsakow kommt fast nie vor."

Die von Kalberlah hier betonte Tatsache, daß die Widerstandskraft des Gehirns beeinträchtigende Einflüsse die Heilungsaussichten herabsetzen, hat sich auch bei unseren Untersuchungen ergeben. Sein letzter Satz, besonders aber der bei Meyer und Raecke, eine vollkommene Wiederherstellung beim Korsakow komme fast nie vor, sind nach unseren Untersuchungen nicht zutreffend.

Recht dürftig und wenig genau sind also die Auslassungen, die sich über die Prognose des Korsakow in der bisherigen Literatur finden, besonders wenn man bedenkt, daß im allgemeinen doch viel über diese Psychose geschrieben wurde.

Wenn wir uns fragen, wie die im allmeinen ungünstigen Ansichten über die Heilungsaussichten des Korsakow zu erklären sind, glaube ich auf 2 Tatsachen hinweisen zu dürfen:

Einmal ist es sicher der Umstand, daß oft diejenigen Fälle von Korsakow, die frühzeitig an einer interkurrenten oder der Grundkrankheit sterben, fälschlicherweise für die Beurteilung der Prognose der Psychose herangezogen werden und, nachdem etwa 33 Prozent aller Korsakowfälle so enden, ist es verständlich, daß dadurch die Prognose der Psychose viel schlechter aussieht, als sie tatsächlich ist.

Weiter scheint mir die sicher schlechte Prognose des alkoholischen Korsakow die Ansicht über die Heilungsaussichten des nicht alkohol. Korsakow zu beeinträchtigen. Wie viele unter sämtlichen Korsakowfällen nicht alkoholischen Ursprungs sind, läßt sich schwer feststellen. Nur Tiling gibt an, daß er unter 7 Fällen einen nicht alkoholischen Korsakow sah. Unter dem von mir durchgesehenen Material der Münchener Klinik von 1912—1923 fand ich unter 40 Korsakowfällen meine 9 nicht alkoholischen. Daraus ist nun zu schließen, daß die nicht alkohol. Korsakowfälle 22 Prozent sämtlicher Korsakowfälle ausmachten, wäre deshalb sicher falsch, weil ab 1914 durch die Einschränkung des chronischen Alkohol-Mißbrauchs die alkoholischen Korsakowfälle stark zurückgingen. Richtiger ist schon das Verhältnis, das in den Jahren 1912 und 1913 an der Klinik bestand, wo auf 14 Fälle 2 nicht alkoholische Korsakowfälle trafen, zufällig genau wie Tiling es angibt, 14 Prozent. Wenn wir nun annehmen, daß die nicht alkoholischen Fälle rund 15, die alkoholischen 85 Prozent sämtlicher Korsakow-

fälle ausmachen, ist es verständlich, daß die schlechte Prognose dieser 85 Prozent die nicht so schlechte Prognose der verhältnismäßig recht seltenen nicht alkoholischen Korsakowfälle leicht ungünstiger erscheinen läßt.

In der jetzt folgenden Zusammenfassung sind diese beiden und auch andere Fehlerquellen möglichst vermieden und es ist der Versuch unternommen, ein einwandfreies Urteil über die Prognose des nicht alkoholischen Korsakow zu gewinnen.

Den Ausführungen über die Prognose der Korsakow'schen Psychose will ich eine Darstellung der gewöhnlichen zeitlichen Aufeinanderfolge des Verschwindens der einzelnen Symptome dieses Zustandbildes vorausschicken, weil ja nie sämtliche Symptome mit einem Schlage verschwinden und deshalb bei einem nur unvollständig sich zurückbildenden Krankheitsbilde gar nicht so selten nur noch bestimmte Symptome nachweisbar sind, während andere sich zurückgebildet haben.

In 6 der 42 Fälle ist ausdrücklich eine Amnesie erwähnt, die in keinem der Fälle verschwand. Die eine der beiden nachgewiesenen retrograden Amnesien blieb auch nach Verschwinden der übrigen Symptome weiter bestehen, die andere dagegen bildete sich als letztes der Symptome bis auf einen minimalen Rest zurück. Soweit bei vollständiger Heilung die genaue Reihenfolge festzustellen ist, in der die Symptome verschwanden, war sie in 3 Fällen so, daß zuerst die Konfabulationen aufhörten, dann die Orientierung und zuletzt die Merkfähigkeit intakt wurde, in einem Falle war eine Abnahme in der Stärke der Symptome in der gerade geschilderten Reihenfolge nachweisbar. In mehreren anderen Fällen bestand die Besserung darin, daß Konfabulationen und Desorientiertheit, oder auch nur eines der beiden Symptome verschwunden war.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß offenbar fast ohne Ausnahme zuerst die Konfabulationen aufhören, daß dann der Patient wieder orientiert wird und zwar örtlich früher als zeitlich, daß erst später die Merkfähigkeit ganz intakt wird und zuletzt eine vorhandene retrograde Amnesie verschwindet. Eine vorhandene Amnesie bildet sich nie zurück, bildet aber natürlich keinen Gegengrund, eine bis auf sie fortgeschrittene Heilung als restitutio ad integrum zu bezeichnen.

Ueber die Zeit, die zur vollständigen Ausheilung der Korsakow'schen Psychose nötig ist, gibt die jetzt folgende Zusammenstellung Aufschluß, welche von den zu vollständiger Heilung gelangten Fällen alle die enthält, bei denen diese Zeit festzustellen war:

1. Erhängungsversuch:	20 Tage
2. Pneumonie:	21 Tage
3. Commotio cerebri:	1 Monat
4. Tumor, der sich zurückbildet:	2 Monate
5. Commotio cerebri:	2½ Monate
6. Gastro-Enteritis:	5 Monate
7. Typhus:	6 Monate
8. Meningitis:	7 Monate
9. Pyämie:	12 Monate

Wenn also eine Korsakow'sche Psychose ausheilt, braucht sie zu ihrer Ausheilung einen Zeitraum, der zwischen 20 Tagen und 1 Jahr liegen kann, im allgemeinen jedoch ein bis mehrere Monate beträgt.

Damit ist noch nicht gesagt, daß es überhaupt nicht möglich ist, daß eine 1 Jahr nach Beginn der Störung noch nicht vollständig zurückgegangene Korsakow'sche Psychose doch noch ausheilt. Nur ist mir bisher auch aus der Literatur kein solcher Fall bekannt, vielleicht nur deshalb, weil die Beobachtungszeit doch nicht bei allen Fällen eine genügend lange war.

Im allgemeinen ist aber vorläufig bei solchen Fällen, die Heilungstendenz zeigen, eine Mindestbeobachtungszeit von 1 Jahr genügend und muß auch gefordert werden, ehe man mit ziemlicher Gewißheit behaupten kann, daß eine vollständige Heilung nicht mehr eintreten wird, wenn sie nach Ablauf dieser Frist sich nicht schon vollzogen hat. Nur bei Fällen, in denen wegen allzu hohen Alters oder infolge eines chronischen Grundleidens eine restitutio ad integrum von vornherein ausgeschlossen ist, kann auch bei einer kürzeren Beobachtungszeit ein längerer Stillstand des Zustandsbildes als endgültig angesehen werden.

Was den Zeitraum anlangt, während dessen in den nur gebesserten Fällen diese Besserung sich vollzog, kann man Folgendes feststellen: Wenn nennenswerte Besserungen eintreten, so zeigen

sie sich im Laufe des ersten Jahres nach Beginn der Störung. Später noch weiter fortschreitende oder gar erst beginnende Besserungen sind nicht beobachtet und offenbar auch nicht wahrscheinlich, so daß das psychische Bild des Korsakow ein Jahr nach seiner Entstehung nicht mehr weiter besserungsfähig zu sein scheint.

Drei aus der Literatur zusammengestellte Fälle glaube ich prognostisch nicht als n u r besserungsfähig bezeichnen zu dürfen, wenn sie auch bei der letzten Beobachtung tatsächlich nur gebessert und noch nicht vollständig geheilt waren. Meiner Ansicht nach liegt es nur an der zu kurzen Beobachtungszeit, wenn diese nach 4, 5 und 9 Monaten schon fast intakten Patienten als nur gebessert registriert sind. Ich habe sie deshalb in der folgenden Zusammenstellung in einer eigenen Gruppe II untergebracht.

In Gruppe III habe ich diejenigen Fälle vereinigt, bei denen nur eine geringe Gedächtnisschwäche als letzter Rest des Symptomenkomplexes zurückgeblieben ist. Ich habe sie als nahezu normal bezeichnet, weil es bei diesen a l t e n Patienten auch ohne das Dazwischentreten der Psychose, allerdings wahrscheinlich einige Jahre später, durch den physiologischen Prozeß des Alterns wahrscheinlich ebenfalls zu einer solchen Gedächtnisschwäche gekommen wäre.

Von den gewöhnlichen Besserungen, die Gruppe IV enthält, habe ich noch diejenigen Fälle als Gruppe V abgetrennt, bei denen nach genügend langer Beobachtungszeit ausdrücklich nur eine minimale Besserung aufgezeichnet ist.

Gruppe VI schließlich enthält die ungebesserten, Gruppe I die Fälle, bei denen es zu einer restitutio ad integrum kam.

Selbstverständlich müssen bei der nun folgenden Zusammenstellung der Prognose des nicht alkoholischen Korsakow sämtliche Fälle aufgeschaltet werden, bei denen der Tod durch eine interkurrente oder die Grundkrankheit so früh herbeigeführt wurde, daß die für die Beurteilung der Prognose geforderte Mindestbeobachtungszeit von 1 Jahr nicht möglich war. Das sind sämtliche Fälle der Gruppe III sowohl meiner als auch der aus der Literatur zusammengestellten Fälle, 14 von insgesamt 42 Fällen, also etwa 33 Prozent.

Die Aetiologie der innerhalb des ersten Jahres nach Auftreten der Psychose ad exitum gekommenen 14 Korsakowfälle ist folgende:

Commotio cerebri
Lues cerebri
Tumor (6)
Arteriosklerose (2)
Pyämie
Paralyse (3)

Das Durchschnittsalter dieser Patienten beträgt 50 Jahre.

Ich habe von den 6 Gruppen je 2 noch einmal zu einer größeren Gruppe zusammengefaßt, deren Prognose ich zusammenfassend mit: Heilung, Besserung und infaust bezeichne, weil der zweifellos ganz wesentliche Einfluß des Alters auf die Prognose, dadurch daß das wahre Bild trübende Zufälligkeiten sich ausgleichen, so viel besser zum Ausdruck gelangt. Das Durchschnittsalter nimmt in diesen 3 großen Gruppen mit ungünstiger werdender Prognose jedesmal um rund ein Jahrzehnt zu.

Prognose:	Gruppe	Aetiologie	Prognose	Zahl der Fälle	in %	in 3 Gruppen	Durchschnittsalter	in 3 Gruppen
Heilung	1.	Erhängungsversuch Pneumonie Commotio cer. (2) Sturz v. Pferd Gastro-Enter. (2) Typhus Meningitis Pyämie Tumor, der sich zurückbildet	Restitutio ad integrum	11	39		38	
						50		37,5
Besserung	2.	Commotio cerebri Typhus Castro-Enteritis	Restitutio ad integrum zu erwarten	3	11		37	
	4.	Fall auf den Kopf (Alter) Laparatomie (Alter und Alkohol)	Werden fast normal	2	7		50	
						18		48
	3.	Protrahierte Gastro-Enteritis Magenblutung (Alk.) Co-Vergiftung (Alter)	Bemerkenswerte Besserung	3	11		46	
in faust	5.	Meningitis (Alter) Typhus (Alter)	Nur geringe Besserung	2	7		57	
						32		56
	6.	Arteriosklerose (2) Tumor Kopftrauma (Alkohol und Alter) Bronchitis (Alter) Leber- und Nierenleiden (Alkohol) Influenza (Alkohol)	Keine Besserung	7	25		55	
		Zusammen:		28	100	100	47	47

Für die Beurteilung des nicht alkoholbedingten Korsakow-Syndroms gilt also folgendes:

1. Das Korsakow-Syndrom ist keine Krankheit, sondern ein Zustandsbild, die Prognose deshalb abhängig von der Krankheit, die es hervorgerufen hat.
2. Ein Drittel aller nicht alkoholischen Korsakowkranken meines Materials ging innerhalb eines Jahres an einer interkurrierenden, oder der Grundkrankheit zugrunde, womit natürlich die Prognose des psychischen Zustandes selbst nichts zu tun hat.
3. Von den restlichen zwei Dritteln der Korsakowkranken gehen bei der Hälfte die Psychosen in vollständige Heilung über.
4. Bei der nicht zur vollständigen Ausheilung gelangenden zweiten Hälfte können nur zwei Fünftel mit einer Besserung rechnen, bei drei Fünftel ist keine oder nur eine minimale Besserung zu erwarten.
5. Das Schicksal des Korsakowkranken entscheidet sich im ersten Jahr nach dem Auftreten des Symptomenkomplexes, weder Besserungen noch Heilungen wurden bei meinem Material nach dem ersten Jahr beobachtet.
6. Die Rückbildung der Symptome vollzog sich fast durchwegs in der Reihenfolge, daß zuerst die Konfabulationen verschwanden, dann die Desorientierung, dann die Merkfähigkeitsstörung und zuletzt eine evtl. retrograde Amnesie. Die eigentliche Amnesie blieb immer bestehen.
7. Von den die Korsakow'sche Psychose hervorrufenden Grundkrankheiten haben im allgemeinen einmal einwirkende Schädlichkeiten wie Infektionskrankheiten oder Traumen eine günstige Prognose, eine ungünstige haben weiter wirkende Schädlichkeiten wie Arteriosklerose, Paralyse, inoperable maligne Tumoren, Stoffwechselkrankheiten.
8. Außer von der Grundkrankheit ist die Prognose in weitestem Maße abhängig vom Alter des Patienten, so zwar, daß mit zunehmendem Alter sich die Prognose zusehends verschlechtert.

Literaturverzeichnis.

1. Bonhoeffer. Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901.
2. Bonhoeffer. Der Korsakow'sche Symptomenkomplex. A.-Z. f. Ps. 61.
3. Brie. A.-Z. f. Ps. 48.
4. Bumke. Diagnose der Geisteskrankheiten 1919.
5. Gaspero di. Mon.-Schr. f. Ps. u. N. 14.
6. Grünthal. Einstellungsstörung. Mon.-Schr. f. Ps. u. N. 53.
7. Grünthal. Ueber das Symptom der Einstellungsstörung bei exogenen Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. 92.
8. Gudden. A. f. Ps. 28.
9. Jaspers. Allgemeine Psychopathologie. 1913.
10. Jolly. Charité-Annalen. 22.
11. Kalberlah. Ueber die akute Commotionspsychose. A. f. Ps. 38.
12. Kauffmann. zur Frage der Heilbarkeit der Korsakow'schen Psychose. Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. 20.
13. Knapp. Die polyneuritischen Psychosen. 1906.
14. Korsakow. A. f. Ps. 46.
15. Korsakow. A. f. Ps. 21.
16. Korsakow u. Serbsky. A. f. Ps. 23.
17. Kraepelin. Psychiatrie 1910.
18. Krauß. Ueber Auffassungs- und Merkversuche bei einem Fall von polyneuritischer Psychose (Kraepelin. Psychiatrische Arbeiten. Band IV.)
19. Mayr. Ueber Endzustände bei Korsakow'scher Psychose. Inaugural-Dissertation. München. 1911.
20. Meyer. Sarkom des 3. Ventrikels. A. f. Ps. 32.
21. Meyer. Der Korsakow'sche Symptomenkomplex. Mü. Med. Wochenschrift.
22. Meyer und Raeckel. Zur Lehre des Korsakow'schen Symptomenkomplexes. A. f. Ps. 37.
23. Mönkemüller. Zeitschrift für Ps. 54.
24. Mönkemüller und Kaplan. Zeitschrift für Ps. 56.
25. Tiling. Ueber die amnestische Geistesstörung. A.-Z. f. Ps. 48.

Weiter wurde aus der Literatur noch Folgendes durchgesehen, ohne für die Arbeit etwas aus diesen Werken zu verwenden:

1. Bertschinger, Zeitschr. für d. ges. Neur. u. Psych. 43, 3 ff.
2. Boedecker, Archiv für Psychiatrie, 40.
3. Brasch, Neurologisches Zentralblatt No. 9, 1891.
4. Brissot u. Hamel, Bull. de la soc. de méd. ment. 3, 1910 (Ref. in Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. 2. 495).
5. Brodmann, Jahrbuch für Neurologie und Psychiatrie 3.
6. Bucelli, Divista di Pathologia nervosa e mentale 1898.
7. Chancellay, Contribution à l'étude de la psychose polynécrotique, Paris 1901, Fall 2 und 9.
8. Chotzen, Zeitschrift für Psychiatrie 66, 1909.
9. Dinkler, Ein Fall von Hydrocephalus und Hirntumor, deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1897.
10. Dubrowicz, Neurologisches Zentralblatt No. 13.
11. Filser, Alkoholische Mischformen und chronische Alkoholhalluzinosen, Jahresbericht über die Kgl. Psych. Klinik in München für 1908 u. 09.
11. Finkelnburg, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1902, Fall 11.
12. Freund, Klinische Beiträge zur Kenntnis der genrellen Gedächtnisschwäche. Archiv für Psychiatrie 1889.
13. Goldstein, Zeitschrift für Psychiatrie 64.
14. Gregor, Monatsschrift für Psychiatrie 21.
15. v. Halban, Neurologisches Zentralblatt 1900.
16. Hartmann, ein Beitrag zur Lehre von den reaktiven Psychosen, Monatsschr. für Psych. u. Neurologie.
17. Hartmann, Archiv für Psychiatrie 15.
18. Heilig, Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych. 1912.
19. Hiller, ... 93. (pag. 594, Fall 7 meiner Fälle!)
20. Kahlbaum, Zeitschrift für Psychiatrie 1899.
21. Kaplan, Zeitschrift für Psych. 54.
22. Kruckenberg, Zeitschrift für klinische Medizin 19.
23. Leyden, Berliner klinische Wochenschrift, 1891, 19, 21.
24. Leyden, Zeitschrift für klinische Medizin, 1.
25. Liepmann, Zur Kenntnis des amnestischen Symptomenkomplexes, Neurologisches Zentralblatt 29.
26. Lilienfeld, Berliner klinische Wochenschrift 1885.
27. Luther, Zeitschrift für die ges. Neurologie u. Psych. Original 9. 1912.
28. Mayer, Ueber anatomische Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor. Jahrbuch für Psychiatrie 1894.
29. Meyer, Archiv für Psychiatrie 39.
30. Meyer, Deutsche medizinische Wochenschrift 1909.
31. Müller, Archiv für Psychiatrie 14.
32. Nouët, Ref. in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psych. 2.
33. Perrin, Des polynévrites, Nancy, 1901, Fall 7.

34. Raimann, Polioencephalitis superior acuta und delirium alcoholicum als Einleitung einer Korsakowschen Psychose ohne Polyneuritis.
35. Raimann, Jahrbücher für Psychiatrie 1901.
36. Ransohoff, Zeitschrift für Psych. 53.
37. Raecke, Archiv für Psych. 39.
38. Schultze, Beitrag zur Lehre von den sogenannten polyneuritischen Psychosen, Berliner klinische Wochenschr. 1898.
39. Siefert, Archiv für Psych. 1901.
40. Sonkhanoff, Annal. Med. psych. 1902.
42. . . . . Revue de medecine, 1897.
43. Sonkhanoff, und Orloff, Neurol. Zentralblatt 1899.
44. Stanley, The American Journal of Insanity, 66. (Ref. in Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych. 1, 626).
45. Statkewitsch, Ein Fall von Korsakowscher Psychose. Réone russe de médecine 1900, Oktober.
46. Strümpell, Archiv für Klinische Medizin 1899.
47. Tegtmeyer, Zeitschrift für Psych. 62.
48. Thomsen, Sitzungsberichte der Chariteärzte, Berliner Medizinische Woch. 1888.
49. Tiling, Allgemeine Zeitschr. f. Psych. 46.
50. Tiling, Über alkoholische Paralyse u. infektiöse Neuritis multiplex 1897.
51. Vierordt, Arch. f. Psych. 14.
52. Wehrung, Beitrag zur Lehre von der Korsakowschen Psychose. Arch. f. Psych. 39.
53. Wernicke, Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau, 1899.
54. Wernicke, Grundriß der Psych. 1900.
55. Weygandt, Psychiatrie, Lehmanns medizinische Handatlanten Band 27.
56. Ziehen, Psychiatrie 1911.

Heinrich Donauer, geb. am 14. 5. 1902 zu Kaiserslautern, als Sohn des Landgerichtsobersekretärs Franz Donauer, besuchte 4 Jahre die Volksschule in Kaiserslautern, hierauf 9 Jahre das dortige Hum. Gymnasium und erhielt im April 1921 das Reifezeugnis. Ich studierte zunächst 2 Semester an der Universität München, dann 2 Semester in Gießen und 1 Semester in Erlangen. Hier legte ich im Oktober 1923 die ärztliche Vorprüfung ab, studierte die ersten 4 meiner klinischen Semester wieder in München, das 5. in Heidelberg und bestand dort am 21. Mai 1926 die ärztl. Hauptprüfung. Seit 1. Juni 1926 bin ich als Med. Praktikant an der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren.

★

„Die Saarpfalz"
Druckerei und Verlagsgesellschaft m. b. H.
Homburg-Saar.

★